



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

Bacheloroppgave i Sykepleie

Maren Moss og Mette Bergland

Veileder: Ida Eggen

Syk, eller bare en junkie?

Sick, or just a junkie?

10933

4BACH kull 2011-2014

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒ JA

☐ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☒ JA

☐ NEI

Sammendrag/abstract

Tittel: Syk -eller bare en junkie? **Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleieren bidra til å forbedre smertelindring av rusmiddelavhengige.* **Kort beskrivelse/introduksjon av bacheloroppgaven:** Oppgaven tar utgangspunkt i smertelindring til mennesker med opioidavhengighet og utfordringer i forbindelse med dette. Videre omhandler oppgaven om sykepleierens holdninger og deres kunnskap om smertelindring spesielt til rusmiddelavhengige. Vi forsøker også å belyse problematikken i forhold til stigmatisering av denne pasientgruppen. **Hensikt:** Økt kunnskap og forståelse av utfordringer ved smertelindring hos rusmiddelavhengige.

Metode: Vi har benyttet oss av en teoretisk tilnærming ved hjelp av relevant pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning. **Teori:** Vi har valgt Joyce Travelbees sykepleieteorier som forankring i vår oppgave fordi hennes teorier og menneskesyn er relevant for oppgaven og pasientgruppen.

Konklusjon: Rusmiddelavhengige opplever fortsatt å bli møtt med fordommer og stigmatiserende holdninger fra helsepersonell. Dette kan skape mistillit mellom sykepleier og pasient, og påvirke smertelindring. For lite kunnskap om rusmiddelavhengighet og opioidavhengighet, og de ulike utfordringene man kan oppleve ved smertelindring av denne pasientgruppen, gjør at pasientenes ønske om smertestillende kan oppfattes som russøkende atferd. I tillegg kan sykepleieren tvile på pasientens rapportering av smerte, og lite utstrakt bruk av validerte smertekartleggingsverktøy vanskeliggjør objektiv tilnærming til tiltak. Vi fant at kunnskapsmangel og stereotype holdninger er barrierer i smertelindring av rusmiddelavhengige, og ser nødvendigheten av å få på plass et kompetanseløft og klare rutiner. I tillegg må vi kontinuerlig jobbe med våre egne holdninger, og rette fokus mot kommunikasjon og tillitsskapende arbeid, for å skape dette menneske-til-menneske-forholdet som er grunnlaget i all helhetlig sykepleie.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag/abstract	2
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	5
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling:	6
1.3 Avgrensning:	7
2. Bakgrunn	8
2.1 Funn i forskning	8
3. Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Litteratursøk:	12
3.4 Kildekritikk:	13
4. Den rusmiddelavhengige pasienten	14
4.1 Rusmiddelavhengighet og opioidavhengighet	15
4.2 Rusmiddelavhengighet – konsekvensene av et dårlig valg?	17
4.3 Lidelse og smerte	18
5. Sykepleieteori	20
5.1 Sykepleiens grunnlag	20
5.2 Sykepleieprosessen ved smertelindring	22
5.3 Mellommenneskelig sykepleie	24
5.4 Holdninger	27
6. Oppsummering/drøfting:	29
6.1 Hvordan kan sykepleieren bidra til å forbedre smertelindring av rusmisbrukere?	29
6.2 Kunnskap og kompetanse i sykepleie	29
6.3 Holdninger og relasjon	32
7. Avslutning/konklusjon	34
8. Litteratur	35

Om hjelpekunsten

-av Søren Kierkegaard

Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. For å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn ham, men dog først og fremst forstå det han forstår.

Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståelse ham slett ikke. Vil jeg likevel gjøre min forståelse gjeldende, så er det fordi jeg er forfengelig og stolt, så jeg i stedet for å gavne ham egentlig vil beundres av ham.

Men all sann hjelpekunst begynner med en ydmykelse. Hjelperen må først og fremst ydmyke seg under den han vil hjelpe, og derved forstå at det å hjelpe ikke er å herske, men å tjene.

Dersom du ikke kan begynne således med et menneske at han kan finne en sann lindring i å tale med deg om sin lidelse, så kan du heller ikke hjelpe ham. Han lukker seg for deg, han lukker seg inne i sitt innerste – og prek du så for ham...

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Vi føler begge et stort engasjement for rusmiddelavhengige og rusomsorgen, og har ofte møtt disse pasientene i arbeid og praksis. I den forbindelse har vi også opplevd hvordan denne pasientgruppen kan bli møtt med stigmatiserende holdninger og bli behandlet på en måte som strider mot både vårt personlige og yrkesmessige verdigrunnlag. Da dette og tilknyttede temaer ofte har vært en kilde til refleksjon og drøfting oss i mellom, ønsker vi gjennom denne oppgaven å belyse noen av utfordringene man opplever i møte med denne pasientgruppen. Vi har selv opplevd hvordan vi utfordres på våre holdninger i forbindelse med smertelindring av rusmiddelavhengige, og hvordan dette møtet kan gi grobunn for mistillit. Denne pasientgruppen kan oppleves som krevende, ofte på grunn av atferdsmessige utfordringer, men også fordi de har et levesett som oppfattes som destruktivt. Dette kan være vanskelig å forholde seg nøytral til sett i lys av sykepleierens helsefremmende og sykdomsforebyggende funksjon. Vi har også opplevd at kunnskapen om ruslidelse og hvordan denne vanskeliggjør smertelindring, er mangelfull blant helsepersonell. Vi opplever at denne pasientgruppen er viet lite oppmerksomhet i pensum til tross for at det er et omfattende helseproblem og en pasientgruppe man møter på i alle sektorer i helsevesenet.

Smertelindring av rusmiddelavhengige er likevel en kjent problemstilling og det finnes etter hvert mye tilgjengelig kunnskap om rusmiddelavhengighet og praktiske utfordringer med bruk av opioider i smertelindringen. Pasientgruppen vi fokuserer på i oppgaven vil derfor være de som er opioidavhengige. Det har også vært økende grad av fokus på sykepleierens holdninger til pasientgruppen, som en viktig barriere i forbindelse med behandling (Morgan, 2012; Nåden, Li, Andenæs & Undall, 2012).

Med denne oppgaven ønsket vi å øke vår egen kunnskap om, og forståelse for, utfordringer i forhold til smertelindring av rusmiddelavhengige. Vi har sett på sykepleierens holdninger til rusmiddelavhengige, og hvordan disse påvirker sykepleieutøvelsen. Men også pasientgruppens opplevelse og erfaringer i møte med helsepersonell. Vi har også hatt fokus på kunnskapsgrunnlaget, i forhold til hvilke praktiske utfordringer smertelindring av rusmiddelavhengige kan medføre.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling:

Rusavhengighet kan medføre kroniske sykdomstilstander og psykiske lidelser, men er også forbundet med andre direkte og indirekte rusmiddelrelaterte skader og lidelser som krever helsehjelp. De vanligste er infeksjoner, HIV, hepatitt, eller tannstatus- og ernæringsproblemer (Arbeids- og sosialdepartementet, 2006 - 2007). Tall fra Statens Institutt for Rusmiddelforskning [SIRUS] (2010) viser at mellom 10 000 og 18 000 personer har brukt heroin minst én gang det siste året, og om lag 8000 personer er faste heroinbrukere. Heroin er et opioid, hvilket innebærer at det har samme virkningsmekanismer som det smertestillende midlet morfin. Gjentatt bruk av opioider øker faren for avhengighet, altså at kroppen tilvennes stoffet. Dette medfører at virkningen av opioidene avtar, og det trengs stadig større doser for å opprettholde effekten. I tillegg vil opioidavhengighet stimulere nevropsykologiske responser, som forsterker opplevelsen av smerte (Nåden, et. al., 2012). Ved stans i bruk av opioider, vil det inntre fysiske og psykiske abstinenssymptomer, som oppleves som svært ubehagelige (Helsedirektoratet, 2011; SIRUS, 2011). Sykepleie til denne pasientgruppen forutsetter altså en god del fagkunnskap, blant annet om rusmiddelavhengighet, opioider og smerter.

Rusmiddelavhengighet innebærer ofte endringer i adferd og sosiale ferdigheter som kan gi seg utslag i for eksempel uro eller aggressivitet, og følgelig oppleves som vanskelige å forholde seg til (Helsedirektoratet, 2011; Nåden, et. al., 2012). Interaksjonen mellom sykepleieren og den rusmiddelavhengige pasienten preges av sykepleierens holdninger til denne pasientgruppen og til rusavhengighet som sykdom.

Tradisjonelt har man sett på rusavhengighet som et resultat av et menneskes valg om å begynne å ruse seg, at rusavhengigheten altså er selvpåført. I dag betraktes det som en sykdom av kronisk karakter, hvor diagnosen stilles etter bestemte kriterier (Verdens Helseorganisasjon [WHO], 2012). Rusavhengige kan sies å leve på siden av det etablerte samfunnet, og er fortsatt en stigmatisert gruppe. Helsepersonells holdninger og oppfatninger speiles trolig av de eksisterende oppfatningene i samfunnet generelt. Hvilken forståelse vi som sykepleiere har av rusmiddelavhengighet som lidelse samt vår fagkunnskap om denne og relaterte lidelser, kan direkte innvirke på smertebehandling av rusmiddelavhengige.

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse, og blir ikke lenger bare sett på som et symptom, men også som en sykdom i seg selv. Ubehandlet smerte kan redusere fysisk funksjonsevne, men også føre til angst, tretthet og utmattelse, og gi betydelig redusert livskvalitet og medfører unødvendig lidelse (Morgan, 2006; Rustøen & Stubhaug, 2010).

Smerte er et sammensatt fenomen, og krever mer enn smertestillende medikamenter. Omsorg, pleie, behandling og lindring, er sentrale begreper i sykepleiefaget, og vi mener smertebehandling derfor et viktig sykepleieansvar. Dette krever at sykepleieren har god kunnskap om smerter, smertekartlegging, medikamentell- og ikke-medikamentell behandling.

Smertebehandling av opioidavhengige pasienter er vanskelig, fordi man lett kan mistenke pasienten for å overrapportere smerte i den hensikt å få tildelt mer opioide analgetika for å ruse seg. Sykepleieren vil dermed kunne føle at hun bidrar til å forverre pasientens rusproblematikk. På den annen side har opioidavhengige økt sensitivitet for smertestimuli, i tillegg til økt toleranse for opioider. Videre vil utilstrekkelig behandling med opioide analgetika kunne gi abstinensreaksjoner, som i seg selv oppleves som svært ubehagelig og smertefullt, og ofte er en del av grunnen til at rusmiddelmisbrukere oppleves som urolige og aggressive (van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2013).

Som en konsekvens av dette kan man havne i en sirkel av gjensidig mistillit, hvor sykepleieren mistror pasientens rapportering av sin smerte, og pasienten på sin side opplever seg stigmatisert for sin rusmiddelavhengighet. Optimal smertelindring av, og sykepleie til, denne pasientgruppen krever derfor et solid kunnskapsgrunnlag, men utfordrer oss dessuten, på våre holdninger og vårt verdigrunnlag. Vi ønsket se nærmere på disse utfordringene rundt smertelindring av rusmiddelavhengige, og sykepleierens ansvar i denne sammenhengen.

Ut ifra dette valgte vi følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleieren bidra til å forbedre smertelindring av rusmiddelavhengige?”

1.3 Avgrensning:

Vi har valgt sengepost ved somatisk sykehus som arena for oppgaven, med utgangspunkt i at pasienten er innlagt på bakgrunn av somatisk årsak, ikke rusmisbruk.

Vi forholder oss kun til smerte som fenomen, og tar ikke for oss årsaker til disse. På samme måte går vi ikke inn på alternative behandlingsformer i forhold til smertelindring, men har fokus på opioide analgetika. Vi har valgt å utelate pasienter i Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR).

Av praktiske årsaker omtaler vi pasienten som ”han” og sykepleieren som ”hun”, men vi har ikke tatt hensyn til alder eller kjønn i arbeidet med oppgaven.

Rusmiddelavhengighet

I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på opioidavhengighet, da den gir et klarere bilde av de praktiske utfordringene i forhold til smertelindring. Vi har valgt å bruke begrepet ”rusmiddelavhengighet” fordi vi synes det er mer dekkende og nøytralt, i forhold til for eksempel ”rusmisbruker”. Statens Institutt for Rusmiddelforskning benytter også dette begrepet (SIRUS, 2011). Begrepet innbefatter også alkoholavhengighet, og medikamentavhengighet eller ”legemiddelindusert avhengighet”, som betegner avhengighetsproblematikk forbundet med vanedannende legemidler. Imidlertid bruker vi begrepet ”rusmiddelavhengig”, i tilfeller der lidelsen omtales på et generelt grunnlag, for eksempel i forbindelse med holdninger.

2. Bakgrunn

2.1 Funn i forskning

Kriterier og strategier i forbindelse med forskningslitteratur, vil bli redegjort for i metodekapitlet. Her følger en kort presentasjon av sentrale forskningskilder:

Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus (Nåden, et. al., 2012)

Studien har et beskrivende tverrsnittsdesign basert på en spørreundersøkelse blant leger og sykepleiere på norske sykehus. Den søkte å kartlegge helsepersonells holdninger, kunnskap og handlinger i møte med opioidavhengige med smerte innlagt på sykehus. Man fant blant annet at kartlegging av smerter og rus-/misbruksforhold var mangelfull, for eksempel benyttet under halvparten av respondentene kartleggingsverktøy (48%). Sykepleierne følte seg i større grad enn legene manipulert av opioidavhengige pasienter (56,1 % mot 15,8 %). Et knapt flertall av sykepleierne var enige i at opioidavhengighet er en sykdom (55,7 %), og et

mindretall trodde på pasientenes smerteformidling (20,8%). Både leger og sykepleiere vurderte sin egen kunnskap om smertelindring av opioidavhengige som for dårlig (under 3 på en fempunktsskala). Imidlertid var de fleste informantene klar over pasientgruppens høye toleranse for opioider, og lave toleranse for smerter.

Knowing how to play the game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief (Morgan, 2006).

Studien baseres på intervjuer av rusmiddelavhengige med behov for smertelindring. Dette er en såkalt "grounded theory"-studie, hvilket betyr at man forsøker å utvikle en teori for å forklare et fenomen, hvor datasamling og analyse foregår parallelt (Malt, 2009). Studien gir en forklaringsmodell for pasienters utvikling av ulike strategier for å oppnå smertelindring. I intervjuene beskriver respondentene strategier de benytter for å dekke behovet for smertelindring, samt hvordan de vurderer sykepleiernes holdninger og kunnskapsgrunnlag i denne forbindelsen. Sentralt var opplevelsen av å ikke bli respektert av sykepleierne, og at deres behov, følelser, frykt og smerter ikke ble tatt alvorlig. De opplever også at sykepleierne mangler kunnskap om rusmiddelavhengighet og smertebehandling.

Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain (Morgan, 2012).

Studien bygger på studien overfor, og søker å utforske sykepleiernes holdninger og handlinger i forhold til smertebehandling av rusmiddelavhengige. Et sentralt tema i intervjuene er beskrivelsene av pasientenes opplevelser fra den foregående studien. Resultatet viser at det er behov for mer kunnskap om både rusmiddelavhengige og smertelindring, men også om hvordan de skal forholde seg til pasientgruppen. Å tilstrebe et bedre pasient-sykepleier-samarbeid ble fremhevet som en mulig strategi. Studien konkluderer også med at det er behov for holdningsskapende arbeid, både til den enkelte sykepleier, og i et arbeidsmiljø.

Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery (van Boekel, et. al., 2013).

Dette er en litteraturstudie som sammenfatter resultater fra 28 studier som omhandler helsepersonells holdninger og handlinger ved smertelindring av rusmiddelavhengige. Sentrale funn var stereotype holdninger hos helsepersonell, som liten motivasjon og lyst til å jobbe med pasienter med ruslidelser. Utfordrende atferd og frykt for å bli manipulert var gjennomgående årsaker til dette. Man fant også at sykepleiere brukte kortere tid inne hos

pasienter med rusmiddellidelser, gikk oftere inn to og to, og viste en mer praktisk-orientert tilnærming til disse pasientene. Sykepleierne rapporterte at de opplever at de har for liten kunnskap, både om rusmiddelavhengighet, men også om hvordan de skal møte pasientgruppen.

Dette er de mest sentrale forskningsartiklene vi benytter i oppgaven, men vi bruker også annen forskningslitteratur til å støtte oppunder eller sammenlikne med. I gjennomgang av litteraturen ser vi at det er stort samsvar mellom resultatene i studiene.

Vi finner hovedsakelig tre gjennomgående barrierer i smertelindring til rusmiddelavhengige:

- Kunnskap: for lavt kunnskapsnivå, eller liten anvendelse av kunnskap.
- Stereotype holdninger, med gjensidig mistillit som resultat.
- Mangelfull eller utilstrekkelig smertekartlegging

Disse sentrale problemområdene i smertelindring til rusmiddelavhengige skal vi forsøke å adressere, og blir vårt fokus gjennom oppgaven.

Vi opplever at det er mye tilgjengelig litteratur om smertebehandling av rusmiddelmisbrukere, rusrelaterte lidelser, fysisk avhengighet og opioidterapi. Vi stiller oss derfor litt undrende til at kunnskapsnivået hos sykepleiere ofte synes for lavt.

Den norske studien konkluderer med forholdsvis utbredt kunnskap om rusmiddelavhengighet, særlig trekkes det frem kunnskap om pasientgruppens forhøyede toleranse for opioider og lave toleranse for smerter (Nåden, et. al. 2012). Likevel viser tilsvarende studier at opioidavhengige ikke mottar mer analgetika enn andre inneliggende pasienter (Compton, 2011; Morgan, 2012; van Boekel et. al., 2013). Man ser derfor lite samsvar mellom kunnskap og anvendelse av denne kunnskapen. Vi spør oss derfor om våre holdninger overstyrer kunnskap i forbindelse med denne pasientgruppen.

3. Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Vår oppgave er basert på en systematisk innhenting og fortolkning av litteratur etter høgskolens retningslinjer. Dette kalles en litteraturstudie, og innebærer at litteraturen er fra ulike kilder. Vi har innhentet data innen valgt problemstilling og tema. Innsamlet data er

analysert og kritisk gransket, noe som er ekstra viktig siden en litteraturstudie bygger på andres tidligere litteratur. Oppgaven er basert på eksisterende faglitteratur, lovverket, sykepleieteorier, yrkesetiske retningslinjer, fagartikler og forskningslitteratur. Ifølge skolens retningslinjer skal oppgaven bygges på minimum 400 sider med selvvalgt litteratur. Disse er markert med * i litteraturlisten.

Vi har valgt litteratur etter følgende kriterier: relevans i forhold til problemstilling, forfatters bakgrunn, årstall for utgivelse, og litteraturens troverdighet.

Vår oppgave er en litteraturstudie, men den har også slik vi ser det en hermeneutisk vinkling. Vi har brukt vår egen erfaring fra praksis og gjennom arbeid, og forsøkt å fortolke litteraturen ved hjelp av egen kunnskap og erfaring. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, altså at man skal forstå og tolke et budskap. Med det vi bærer med oss av egne erfaringer og kunnskap om et emne, eller som Dalland (2004) kaller det vår førforståelse, vil vi kunne oppnå en mer helhetlig forståelse av temaet vi tolker. Den hermeneutiske spiralen vil si at vi utvider vår kunnskap ved at vi for eksempel leser en tekst, tolker den, forstår, tolker den på ny og videre får en ny forståelse. Dette vil si at vi stadig utvikler og utvider vår kunnskap i en spiral som egentlig aldri tar slutt (Dalland, 2004).

Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvantitative metoder brukes i forbindelse med systematisering og sammenligning av eksisterende og eller innhentede data for å analysere mønsteret i tallmaterialet. Dette vil gjøre at vi kan finne en gjennomsnitt eller en prosent i en større mengde (Dalland, 2004). Studien til Nåden et. al. (2012) er et eksempel på en kvantitativ studie, basert på en survey med hensiktsmessig utvalg.

Kvalitative metoder vil si at man finner ut meninger eller opplevelser som ikke lar seg måle på samme måte som de kvantitative metodene (Dalland, 2004). Morgans studier (2006; 2012) er kvalitative, basert på deltakende observasjon og uformelle intervjuer, med det formål å utvikle teorier.

Begge metodene tar sikte på å forbedre ulike forhold i samfunnet, men bort sett fra det er metodene ulike.(Dalland, 2004). For å få en bredere vinkling på oppgaven vår, har vi benyttet forskningslitteratur fra begge metodene.

3.2 Litteratursøk:

Siden en litteraturstudie bygger på tidligere studier, og ikke på våre egne erfaringer og undersøkelser, betegnes den som en ikke-empirisk studie (Dalland, 2004). Da vår studie bygger på andres forskning, er grundighet og kritisk vurdering av søkeprosessen viktig. Dette er både for å sikre at kvaliteten på forskningen er god nok, og at forskningsetiske retningslinjer ble fulgt. Sistnevnte innebærer blant annet at forskere har ivarett personvern, rett til informert samtykke, taushetsplikt og lignende (Fangen, 2011). Vi har også lagt vekt på at all forskningslitteratur er ”peer-reviewed”, altså fellesfagvurdert. Dette innebærer at uavhengige forskere kritisk har gjennomgått litteraturen før publisering, for å kvalitetssikre den. Dette kalles også fagfelleevaluering (Nordheim, 2008).

Vi har først og fremst søkt i bibliotekets databaser gjennom skolen.

Følgende databaser er benyttet:

Oria	SweMed+ (MeSH-termer)
EbscoHost	Google Scholar
Helsebiblioteket.no	

Søkeord vi hovedsakelig har benyttet oss av er:

Rusmisbruker	Drug user	Nurses
Ruslidelse	Drug misuser	Health personell
Rusavhengig(het)	Drug abuser	Pain
Rusmiddelavhengighet	Substance misuser	Smerter
Opioidavhengighet	Substance use disorder	Smertelindring
Holdninger	Substance user	Pain management
Attitudes	Addicts	

Søkene ble foretatt både på norsk og engelsk, ved hjelp av ulike kombinasjoner av MeSH-termer (Medical Subject Headings). Dette betyr at databasen kommer med forslag til nye søkeord, blant annet på engelsk, som tilsvarer eller ligger opptil søkeordet man har brukt (Nordheim, 2008). Vi har brukt SweMed+ i denne sammenhengen. For å få flere treff har vi

søkt på enkelte ord med *, for eksempel nurs*. Begrepene ble søkt mot hverandre med ulike kombinasjoner av AND/OR/NOT, for eksempel "substance misuser" OR "substance use disorder" AND "pain management"

Vi har også søkt på vanlig måte på internett. Vi er klar over at det stiller enda høyere krav til kritisk vurdering av data, da internett er åpent og tilgjengelig for alle. Sidene vi har innhentet data fra, vurderer vi imidlertid som seriøse. Eksempler på slike sider er:

- Statens Institutt for Rusmiddelforskning
- Lovdata
- Helse- og Omsorgsdepartementet

3.4 Kildekritikk:

Med kildekritikk menes å vurdere litteraturen man har valgt, i forhold til hva ønsker man ønsker å belyse, hvordan, og om det er mulig å knytte teorier og forskningsfunn opp i mot vår egen problemstilling (Dalland, 2004). I forhold til vår oppgave har det vært mange aktuelle kilder å velge i, så arbeidet har bestått av å plukke ut det mest relevante i de tilgjengelige kildene. Vi har satt oss godt inn i artiklene og etter hvert plukket ut de artiklene vi har funnet ut har størst betydning og mest relevans i forhold til vår oppgave.

Kvalitetskriterier

Primærkilder vil si den som har utarbeidet stoffet, eller originalkilden. Sekundærkilder vil si at noen har referert en kilde i sitt verk. Dette kalles sekundærlitteratur (Dalland, 2004). Vi har så langt det har latt seg gjøre i arbeidet med oppgaven forsøkt å finne primærkildene til vårt arbeid, for eksempel har vi brukt Joyce Travelbees bok *Interpersonal Aspects of Nursing* (1996), i tillegg til den oversatte utgaven *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1999). Vi har også ekskludert artikler som er mer enn 10 år gamle fordi vi ønsker at forskningen skal være så ny og oppdatert som mulig. I tillegg valgte vi å bruke artikler som viser både pasientperspektivet og sykepleieperspektivet, for å kunne belyse begge sider.

I tillegg har det vært et inklusjonskriterie at forskningsresultatene er fra vestlige land, slik at de er mest mulig representative for forhold ved norske sykehus. Likevel er det mulig at resultater kan preges av kulturelle forskjeller, som i litteraturstudien til van Boekel at.al.

(2013) som benytter resultater fra ulike land. Blant annet kan Nederlands mer liberale syn på rusmidler ha påvirket resultatet. Det er også en mulighet for at relevante artikler ikke ble funnet og inkludert i studien da alle søk ble foretatt på nederlandsk eller engelsk.

I studien til Nåden et. al. (2012) er det benyttet et egenutviklet spørreskjema, som ikke er validert eller testet i andre studier. Styrken med studien er at den har et vesentlig utvalg hvor flere sykehus og helseregioner er representert. En mulig svakhet er at studien er utført i avdelinger med hyppige innleggelser av rusmiddelavhengige, som gjør at betydningen av hyppig eller sporadisk kontakt med pasientgruppen ikke fremkommer. Den omfatter kun spesialisthelsetjenesten.

Morgans studier (2006; 2012) benytter som nevnt et kvalitativt forskningsopplegg, som i seg selv kan ha svakheter fordi det alltid er en mulighet for at resultatene farges av forskerens fortolkninger. Styrken ved studien er at intervjuene får frem deltakernes meninger tydelig og usensurert. En svakhet kan være at utvalget er lite i begge studier, og at studien er amerikansk og ikke nødvendigvis representerer opioidavhengige i Norge.

Ifølge skolens retningslinjer skal to av de fire forskningsartiklene i oppgaven være engelskspråklige. Disse har vi gått grundig inn for å oversette best mulig, men muligheten for feiltolkning er likevel til stede. Vi mener imidlertid at vi har gått grundig gjennom alle inkluderte artikler, reflektert over innholdet, og tror risikoen for feiltolkning er vesentlig redusert.

4. Den rusmiddelavhengige pasienten

Travelbee (1999) mener at selve ordet *pasient* bare er til hjelp rent praktisk i forhold til kommunikasjon mellom helsepersonell. Hun mener videre at det ikke finnes pasienter, men mennesker som trenger hjelp, omsorg eller tjenester fra andre mennesker som i kraft av sin kunnskap og utdanning kan hjelpe. Videre sier hun at det krever lite av en sykepleier å skulle behandle en pasient. Derimot kreves det mye mer å skulle se enkeltmennesket, og å se denne som et unikt individ. Med dette mener hun at vi må evne å se lenger enn bare posisjon eller sosial status, og heller søke å se mennesket bak.

4.1 Rusmiddelavhengighet og opioidavhengighet

En mer medisinskfaglig forståelse av rusavhengighet enn tidligere innebærer at vi i dag definerer tilstanden som en sykdom i seg selv (Helsedirektoratet, 2011).

I Norge brukes diagnosesystemet ICD-10, utviklet av Verdens Helseorganisasjon, for å diagnostisere rusmiddelavhengighet. Diagnosen betinger at minst 3 av de 7 følgende punktene har inntruffet i løpet av et år:

- Toleranseutvikling
- Abstinensreaksjoner
- Bruk av rusmiddel i større doser eller over lenger tid enn planlagt
- Gjentatte mislykkede forsøk på å redusere bruken
- Bruk av mye tid på å anskaffe og bruke stoff, og å komme seg etter bruken
- Vesentlig reduksjon av viktige sosiale aktiviteter på grunn av stoff
- Fortsatt stoffbruk, til tross for at en innser at den har alvorlige negative konsekvenser for helse, eller på en annen måte

(Helsedirektoratet, 2011; Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010).

Verdens Helseorganisasjon (2012) beskriver rusmiddelavhengighet som en samling atferdsmessige, kognitive og fysiologiske endringer som inntreffer etter gjentatt rusbruk. I tillegg oppstår et sterkt behov for å innta rusmidlet, manglende kontroll over bruken av det, fortsatt bruk av rusmidlet til tross for skadelige konsekvenser. Bruken får en høyere prioritering enn annen atferd som tidligere var av stor verdi. I tillegg kjennetegnes det av økt toleranse for rusmidlet, og abstinenssymptomer ved avsluttet bruk.

Dette forstår vi som at rusmiddelavhengighet er en sammensatt lidelse, med fysiske og psykiske symptomer, karakterisert av manglende kontroll over bruk av rusmiddelet.

Compton (2011) fastslår at rusmiddelavhengighet, i likhet med andre kroniske lidelser (som for eksempel KOLS), innebærer perioder med vekslende bedring eller forverring av tilstanden, og vellykket behandling handler om fravær av symptomer snarere enn å være kurativ. Dette sier oss at lidelsen må betraktes som progredierende, og uten behandling være forbundet med alvorlige helseplager og rusmiddelrelaterte skader, i ytterste konsekvens med dødelig utfall.

Opioidene kommer i utgangspunktet fra opiumsvalmuen, hvor morfin og kodein er de vanligste virkestoffene, og utbredt brukt i medisinsk behandling. I dag har vi i tillegg et stort antall syntetiske opioider hvorav heroin og metadon kanskje er de mest kjente. Opioidene betegner gruppen smertelindrende midler med samme virkningsmekanisme som morfin og er i klinisk bruk hovedsakelig på grunn av sin unike analgetiske effekt (Slørdal & Rygnestad, 2010). Opioidavhengighet er følgelig rusmiddelavhengighet betinget av opioider.

Opioider virker både hemmende og stimulerende på sentralnervesystemet. Enkelt forklart går virkningsmekanismen ut på en kombinasjon av hemmet smertestimuli i ryggmargen og aktivering av hemmende smertebaner i hjernen (thalamus). I tillegg påvirkes den delen av hjernen som tolker smertesignaler (cortex) og smerten oppleves ikke som like "reell" for pasienten, samtidig som den kan utløse en følelse av velvære og eufori (Helsedirektoratet, 2011; Slørdal & Rygnestad, 2010). Opioidanalgetika deles ofte i "sterke" og "svake" preparatgrupper. Såkalt svake opioider har ofte en svakere analgetisk potensiale enn de sterke, men faren for toleranseutvikling, avhengighet og misbruk er likevel betydelig (Norsk Legemiddelhåndbok, 2013). Imidlertid vil alle opioider gi toleranseutvikling ved langvarig bruk (1-2 uker sammenhengende) og effekten vil avta og erstattes av en abstinensstilstand (Slørdal & Rygnestad, 2010).

Langvarig bruk av avhengighetsskapende smertestillende kan endre biokjemiske strukturer og funksjoner i hjernen og medføre hyperalgesi, altså lav toleranse for smerter (Finney, 2010).

Heroin finnes som et hvitt eller brunlig pulver som hovedsakelig inntas via røyking eller injisering. I Norge er injisering mest utbredt. Stoffet løses da opp i vann eller en syre og injiseres i en blodåre ved bruk av sprøyte. Man regner antallet injiserende heroinbrukere til om lag 8000 (Helsedirektoratet, 2011; SIRUS, 2013). Rusvirkningen av en heroindose varer i om lag 4 -6 timer, avhengig av innholdet av ren heroin i dosen. Foruten de tidligere omtalte virkningene av heroin og andre opioider, er særlig sprøytebrukere utsatt for dødsfall som følge av overdosering av stoffet. På grunn av urene sprøyter er det dessuten forbundet med betydelig infeksjonsfare (Helsedirektoratet, 2011).

Toleranseutvikling karakteriseres av at kroppen tilvennes stoffet. Dette innebærer at virkningen av opioidene avtar og det trengs stadig større dose for å gi samme virkning. En av tingene som kompliserer opioidbehandling av rusmiddelavhengige er nettopp økt toleranse for stoffet, som gjør at de trenger høyere doser for å smertelindres (Nåden et. al., 2012).

Opioidavhengige har altså dårligere respons på opioidterapi enn andre pasientgrupper. Ved brå reduksjon eller seponering av vanedannende stoffer, opplever ofte pasienten å få abstinenser. Toleranseutvikling inntreffer etter kronisk behandling i 1-2 uker, og det vil da kunne bli abstinensen og andre opioideffekter som vedlikeholder legemiddelforbruket (Slørdal & Rygnestad, 2010). Altså er hverken toleranseøkning eller fysiske abstinenssymptomer *i seg selv* et bevis på at det foreligger avhengighet.

Abstinensreaksjoner kan ha både fysiske og psykiske symptomer. De fleste er ufarlige, men beskrives som svært ubehagelige. Symptomene innbefatter ofte svetting, frysninger, kvalme, hodepine, puls- og blodtrykksforandringer, samt uro, sanseforstyrrelser, nedstemthet og utmattelse (Helsedirektoratet, 2011; Mørland, 2009; Skårderud et. al. 2010).

4.2 Rusmiddelavhengighet – konsekvensene av et dårlig valg?

Det er mange og sammensatte årsaker til at en person begynner å ruse seg.

Utad er det vanskelig å forstå at en person velger å begynne med rusmidler, som kan resultere i manglende kontroll over eget liv, eller alvorlige rusmiddelrelaterte skader som konsekvens. For å forstå bruken av rusmidler, må man derfor også se på rusens andre funksjoner.

Rusmiddelbruk bunner ofte i et ønske eller behov for en mer behagelig tilstand. Den kan fungere som en affektiv regulator, for eksempel dempe fysisk eller emosjonell smerte, angst eller uro. Den kan dessuten øke intensiteten i positive følelser, og påvirke forholdet mellom nærhet og distanse, for eksempel i sosiale sammenhenger (Skårderud et. al., 2010).

Rusmidlenes funksjon varierer fra person til person, og mellom ulike rusmidler. Utviklingen av rusmiddelavhengighet betinges av flere faktorer, blant annet genetiske, miljømessige og nevrologiske forhold. Vi vet i dag at genetisk sårbarhet er en vesentlig risikofaktor for å utvikle avhengighet til rusmidler. Forskning fra Folkehelseinstituttet (2006) konkluderer med at arvelighet av misbruk og avhengighet er hele 68 prosent. I tillegg har tilstanden en betydelig sosioøkonomisk dimensjon. For eksempel har barn av lavtlønnede foreldre, lite sosialt nettverk og liten tilknytning til skolen, økt sårbarhet for å utvikle rusavhengighet. Dessuten vil spesielle forhold i barne- og ungdomstid spille en vesentlig rolle. Vi vet at vanskelige sosiale levekår gir økt risiko for psykiske lidelser, blant annet på grunn av høy psykososial belastning, som igjen har sammenheng med ruslidelser. Personer med en psykisk lidelse har fire ganger så høy risiko for å utvikle et avhengighetsproblem til rusmidler.

Rusmiddelavhengige har få sosiale ressurser, som nettverk av familie og venner. De har høy forekomst av alvorlig depresjon og angst, og rapporterer om lav opplevd livskvalitet (Finney, 2010; Folkehelseinstituttet, 2005).

Slik sett kan man si at rusmiddelavhengighet i tillegg til å betinges av arv og miljø, også er en sosialt urettferdig lidelse.

4.3 Lidelse og smerte

Alle mennesker vil på et eller annet tidspunkt erfare lidelse. Lidelse oppleves av den enkelte, og kan variere fra den enkelte i forhold til tidligere erfaringer og mestringsevne. For å kunne forstå hva det vil si å lide, må mennesket oppleve en situasjon eller et problem som for dette mennesket føles smertefullt. Ordet kan brukes til å forklare et menneskes fysiske eller psykiske smerte, eller det kan brukes i beskrivelse av nød, urett, skade eller et tap. Den faglige termen vil definere ordet som en opplevelse eller tilstand hos det enkelte individet. Lidelse kan være så mangt og innebære ulike oppfatninger hos oss. I forhold til vår oppgave vil lidelse blant annet omfatte fysisk og psykisk smerte hos pasienten (Travelbee, 1999).

Fysisk og psykisk smerte er en form for lidelse som påvirker hverandre. Når et individ opplever psykisk smerte vil det fysiske påvirkes, men også fysisk smerte vil påvirke individets følelser. Slik kan vi se sammenhengen mellom disse to. Smerte er en ensom og individuell erfaring som er vanskelig for andre å skulle måle eller vurdere korrekt. Det vil kun bli en vurdering som man ikke kan være sikker på er riktig. Reaksjoner på smerter fra andre, for eksempel helsepersonell, vil også påvirke hvordan en person greier å mestre sin situasjon (Travelbee, 1999). Med tanke på hvordan rusmiddelavhengige pasienter med smerter opplever å ikke bli trodd eller tatt på alvor, kan man tenke seg at den psykiske smerten, for eksempel angst, vil forverre opplevelsen av den fysiske smerten. At opplevelse av smerter er subjektiv, innebærer også at den ikke kan bevises. Imidlertid er pasienten alltid ekspert på seg selv, inkludert sine smerter og sin lidelse.

Rusmiddelavhengige beskriver opplevelsen av at sykepleierne ikke respekterer dem som mennesker, og føler at deres behov, følelser, frykt og smerter ikke blir anerkjent (Morgan, 2006). Travelbee (1999) beskriver sannsynligheten for at de som virker rolige, ikke maser og sjelden ber om hjelp, behandles annerledes enn de som maser og ber hyppig om smertestillende. En rusmiddelavhengig forteller i et intervju hvordan hun forsøker å bite

tennene sammen og utholde smerte og ubehag så langt hun klarer, for hun frykter å få dårligere behandling dersom hun maser. Det kommer også frem at pasientgruppen føler seg lite anerkjent for sine følelser, frykt og smerter (Morgan, 2006).

Begrepet smerte kan ulike betydninger, som følge av at det er en fullstendig subjektiv opplevelse, altså en personlig opplevelse av lidelse. Definisjonen ”smerte er det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør” er anbefalt i klinisk praksis (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Travelbee (1999) definerer lidelse som en erfaring hvor mennesket blir seg bevisst fysisk, emosjonell eller åndelig smerte, og fremhever at personens opplevelse av lidelse er viktigere å forholde seg til, enn sykepleierens vurdering eller diagnose. Altså kan man si at smerte er en sammensatt sensorisk og emosjonell opplevelse, personlig og individuell. Smerter blir også sett på som en sykdom i seg selv, og trenger tilstrekkelig utredning, behandling og oppfølging av helsepersonell (Rustøen & Stubhaug, 2010). Utilstrekkelig smertelindring medfører begrensninger i livskvalitet, svekkelse av funksjonsnivå og innebærer unødvendig lidelse (Morgan, 2006).

Vanligvis inndeles smerter i fire typer: nociseptisk (somatisk) smerte, nevropatisk smerte, psykogen smerte og idiopatisk smerte (smerter med ukjent årsak eller mekanismer).

Analgetika kan virke både sentralt og perifert, og påvirker smerteopplevelsen med ulike virkningsmekanismer. Indikasjoner for bruk av opioidanalgetika, er oftest akutte eller kroniske nociseptive smerter (Slørdal & Rygnestad, 2010). Ubehandlet eller underbehandlet smerte kan medføre varige endringer i de nociseptiske nervebanene, og videre føre til at akutte smerter blir kroniske. Trolig er det den samme virkningsmekanismen som gjør at erfaring med smerter lagres som et slags ”minne” i sentralnervesystemet, og kan føre til at forventning om smerter gir en smerteopplevelse (Slørdal & Rygnestad, 2010).

Om vi setter dette i sammenheng med at varig bruk av opioider kan medføre hyperalgesi, det vil si lavt toleransenivå for opplevd smerte (Nylenna, 2009), samt at deres opioidtoleranse medfører dårligere respons på smertebehandling med opioider, forstår vi at smertebehandling av opioidavhengige krever mye kunnskap. På samme måte fremhever det viktigheten av et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier.

5. Sykepleieteori

Vi ønsker med dette kapitlet å belyse sykepleierens ansvar, funksjon og rolle i møte med rusmiddelavhengige med behov for smertelindring. Vi har valgt Joyce Travelbees sykepleieteorier som forankring i denne oppgaven. Dette fordi vi mener hennes teorier og menneskesyn er svært relevant for oppgaven og pasientgruppen vi skriver om. Hun mener at sykepleierens grunnleggende funksjoner blant annet er å tilby bistand og hjelpe mennesker i kraft av sine spesialiserte og tilegnede kunnskaper. I tillegg støtter vi oss til Rustøen og Stubhaug (2010) i forhold til sykepleieprosessen. Vi benytter også resultater fra forskning, for å få et mer konkret bilde av sykepleiepraksis.

5.1 Sykepleiens grunnlag

Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleierens funksjon blant annet er å lindre lidelse (Travelbee, 1999). Selv om optimal smertelindring er et resultat av tverrfaglig samarbeid med blant annet behandlende lege, har sykepleieren en nøkkelrolle i behandling og pleie av pasienter med smerter. Dette er både fordi sykepleieren har en unik posisjon i forhold til nærhet og kjennskap til den enkelte pasient, men også fordi sykepleiens funksjonsområder innebærer mer enn *behandling*.

Videre er sykepleiefaget forankret i et etisk verdigrunnlag. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er basert på ICNs (International Council of Nurses) prinsipper og etiske regler, samt FNs (Forenede Nasjoner) menneskerettighetserklæring. Her fremheves blant annet at sykepleieren plikter å bidra til å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse.

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte

menneskets liv og iboende verdighet

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for

menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (NSF, 2011).

Dette omfatter alle mennesker, fra livets start til slutt, og sørger for å ivareta den enkelte pasient og gi denne helhetlig omsorg, uavhengig av blant annet pasientens sykdom eller sosiale status (NSF, 2011).

Alle punktene under de yrkesetiske retningslinjer er like viktige, men i forhold til vår oppgave ønsker vi også å trekke frem punkt 2.3 Sykepleieren og pasienten: *«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg»* (NSF, 2011). Vi mener dette fremhever yrkets *medmenneskelighet*, da det både rommer betydningen av enkeltindividet, men også viser til sykepleierens omsorgsgivende dimensjon.

Rammeplanen for sykepleieutdanning vektlegger at sykepleieren skal være i stand til å yte pleie, behandle, lindre og yte omsorg.

”Helse- og sosialfagutdanningene har som overordnet mål å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum, og som kan planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere” (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Dette fremhever sykepleierens ansvar for å reflektere over sin yrkesutøvelse, og vi mener det også innebærer at man kontinuerlig vurderer sine egne holdninger og handlinger i møte med det mennesket man yter sykepleie til. Her fremkommer også at sykepleieren skal samarbeide med pasienten, ikke bare i gjennomføringen av tiltak, men også planleggingen av dem.

Videre skal studentene kunne begrunne sine handlinger utfra et vitenskapsteoretisk og forskningsmetodisk syn. De skal også utvise et helhetlig syn på mennesket, og vise respekt for menneskets integritet og dets rettigheter.

Studenten skal etter endt utdanning blant annet lindre lidelse hos pasienten, samt ivareta den enkeltes integritet og retten til å ikke bli krenket (Kunnskapsdepartementet, 2008).

”Kunnskapsbasert sykepleie” innebærer at sykepleieren benytter ulike kunnskapskilder som grunnlag for sin utøvende praksis. Dette betyr at sykepleiens kunnskapsgrunnlag skal bygge på både forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og kunnskap ervervet fra pasient eller pårørende, såkalt brukerkunnskap (Lillestø, 2010; NSF, 2011). Travelbee (1999) beskriver en profesjonell sykepleier som at hun er i stand til selv å se når hennes egen kunnskap ikke strekker til, og hun vet også hvor hun kan finne den eller hvor hun skal henvende seg. Hun er kunnskapsrik men vet samtidig at livet er en læringsprosess. Slik vi ser det fremheves viktigheten av denne helhetlige kunnskapservervelsen i smertebehandling av rusmiddelavhengige. For det første forutsetter det av sykepleieren har oppdatert og evidensbasert kunnskap om smerter og smertelindring, både generelt og i forhold til pasientgruppen spesielt. Et eksempel på erfaringsbasert kunnskap, som er anvendelse av

ferdigheter, kan eksempelvis være et øvet faglig blikk, som vurderer non-verbale uttrykk for smerte. Men siden smerte er en fullstendig subjektiv opplevelse, tenker vi at brukerkunnskap, å lytte til pasientens formidling, er den viktigste forutsetningen for god og tilstrekkelig smertebehandling. Også Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere påpeker sykepleierens plikt til å holde seg faglig oppdatert samt bidra til utforming og gjennomføring av faglige normer for god praksis på arbeidssstedet (NSF, 2011).

I tillegg til teoretisk, praktisk, etisk og relasjonell kunnskap, er sykepleieutøvelsen regulert av lovverket, blant annet Lov om Helsepersonell (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Pasient- og brukerrettighetslovens formål er blant annet å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, i tillegg til å fremme tillitsforholdet mellom brukere og helsepersonell, og sørge for å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Lovdata, 1999).

Lov om helsepersonell formål er blant annet å sikre kvalitet og sikkerhet i helsehjelpen til pasienter, samt bidra til pasientens tillit til helsepersonell (Lovdata, 1999).

Relevant i sammenhengen er også *forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (2008). Lovens formål er å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhåndtering til pasienten. Et vanlig dilemma for en sykepleier i forhold til smertelindring, er at legens forordning av sterkere analgetika på kurvearket ofte er foreskrevet som "Eventuelle medisiner". Altså skal de administreres ved behov. Etter Lov om helsepersonell (1999) § 5 kan legen delegere oppgaver til medarbeidere under forutsetning av at det er forsvarlig ut fra oppgavens art, medarbeiderens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Dermed blir det sykepleierens vurdering som ligger til grunn for hvorvidt det aktuelle medikamentet administreres eller ikke. Legen ordinerer medikamenter etter behov. I følge forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, står det også at ansvaret for legemiddelhåndteringen kan delegeres til autorisert helsepersonell. Sykepleierens ansvar er da å administrere, observere eventuell virkning/bivirkning, samt dokumentere dette (Lovdata 1999; Lovdata 2008; Nordeng, 2007).

5.2 Sykepleieprosessen ved smertelindring

På grunn av nærheten til pasienten har sykepleieren en nøkkelrolle i smertelindring. I følge Rustøen og Stubhaug (2010) vil sykepleiers rolle og ansvar i smertelindring være:

Datasamling

Da vi vet smerte er en fullstendig subjektiv opplevelse, er pasientens vurdering av sin opplevde smerte en forutsetning for å tilpasse sykepleietiltak. Smertekartlegging er dessuten en objektiv tilnærming til pasientens smerter. For å tilpasse smertelindring til den enkelte pasient, er det viktig å registrere smerten nøyaktig. Det er ikke tilstrekkelig å registrere at den finnes, da det ikke gir grunnlag for å evaluere om tiltaket man iverksetter har hatt ønsket effekt. Selv om smertelindring som nevnt betinges av et tverrfaglig samarbeid, ofte mellom sykepleier og lege, er sykepleierens fokus ofte å kartlegge hvordan smerten innvirker på pasienten.

De mest anvendte kartleggingsverktøyene i bruk for pasienter som er kognitivt i stand til å sette ord på sin smerte, er visuell analog skala (VAS) og numeric rating scale (NRS). Begge innebærer bruk av en nummerskala, der 0 representerer ”fravær av smerte” og 10 ”verst tenkelige smerte”. I tillegg kan man benytte kroppskart for å vise smertens lokalisering. Å vurdere pasientens puls og respirasjon er også viktig, da vi vet at sterke smerter kan innvirke på respirasjon og sirkulasjon (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Datasamlingens funksjon er et utgangspunkt for å velge tiltak, for eksempel i samarbeid med lege, samt å evaluere virkning av tiltak.

Målsetting

Målsettingen i smertelindring til rusmiddelavhengige, vil både være å lindre smerter, men også å unngå abstinens. Man søker å finne målsetning sammen med pasienten siden man kan ha ulike oppfatninger om hva som er det viktigste målet. For eksempel: Er det smerten, eller den underliggende årsaken til smerte som skal behandles? Er et mål å øke pasientens kunnskap eller mestringsferdigheter?

Tiltak

Igangsette det valgt tiltaket eller tiltakene i samhandling med pasienten. Her kan det være behov for å veilede pasienten, dersom denne skal gjennomføre tiltaket selv eller sammen med sykepleier. I vårt tilfelle vil det være å administrere opioidanalgetika etter ordinasjon.

Evaluering

Sykepleieren vurderer virkningen av tiltaket sammen med pasienten. Her kan smertekartlegging nok en gang være et nyttig verktøy for å få objektive og konkrete data om virkningen av smertelindringen.

5.3 Mellommenneskelig sykepleie

«Sympathy alone will not meet the nursing needs of people. Sympathy must be translated into intelligent, helpful nursing action.

The sympathetic nurse must not only wish to help, but must know how to assist, and possess the knowledge and skills so necessary to helping the process”

(Travelbee, 1996, s-150).

Travelbee mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid omhandler kontakt mellom mennesker. Hennes teoriers hovedkomponent er den mellommenneskelige prosessen. En mellommenneskelig prosess er forholdet som etableres mellom sykepleier og pasient. Sykepleierens hensikt med dette er å ivareta og se pasientens behov underveis i prosessen noe som igjen vil føre til at sykepleierens mål eller hensikt oppnås (Travelbee, 1999). Hun mente at for å kunne forstå hva sykepleie er og bør være må man kunne forstå hva som foregår mellom pasienten og sykepleieren. Man må inneha kunnskap om hvordan denne prosessen oppleves og virker på pasienten.

Etableringen i denne prosessen deles ifølge Travelbee inn i fem faser:

1. Det innledende møtet
2. fremvekst av identiteter
3. empati
4. sympati
5. gjensidig forståelse og kontakt

Disse fasene kaller hun interaksjonsfaser.

Det innledende møtet mellom to mennesker som ikke kjenner hverandre og derfor kan ha oppfatninger av hvordan den andre er. Sykepleierens oppgave er da å evne å se det særegne hos denne pasienten.

Ettersom prosessen beveger seg fremover ser man lettere den andres personlighet og oppfatninger man eventuelt har hatt kan endres. Sykepleieren må i denne fasen klare å se pasienten som et eget unikt individ og ikke sammenligne han med andre.

Empati er å evne å ta del i og forstå den andres tilstand. Travelbee hevder at dersom empati har forekommet vil det innebære en endring av forholdet for bestandig (Kirkevold, 1992).

Sympati er et steg videre og vil innebære et ønske om å hjelpe den andre med lidelsen.

Det siste punktet er menneske-til-menneskeforholdet der den gjensidige forståelsen mellom de to, resulterer i en dypere kontakt og de føler seg nærmere hverandre

Joice Travelbee fokuserer altså på mennesket som et enestående, unikt og uerstattelig individ.

Hun har også fokus på det mellommenneskelige forholdet spesielt da med tanke på hva som foregår i en interaksjon mellom pasienten og sykepleieren. Travelbee's teori kan betraktes som en forløper til de senere omsorgsteoriene (Kirkevold, 1992).

Travelbee tar også avstand fra den generaliserte oppfatningen av mennesket, det hun mener da er at vår oppfatning av et annet mennesket kommer av våre umiddelbare tanker om dem og vår måte å kategorisere hverandre etter fellestrekk uten å se det enkelte individs egenart og spesielle kvaliteter. Hun mente også at begrep som sykepleier og pasient gjør at man setter merkelapper på hverandre og at fellestrekkene hos den enkelte da blir overstyrende i forhold til å se etter den enkeltes særegne kvaliteter (Kirkevold, 1992).

Travelbee (1999) sier også at: «*mennesker er mer forskjellige enn de er like*» og at denne tanken er et godt utgangspunkt for sykepleierens videre arbeid med sine pasienter. Travelbee (1999) beskriver således en pasient som noe mer enn bare en person som trenger helsehjelp, behandling eller pleie. Hun mener videre at dersom vi som sykepleiere reduserer et menneske til en pasient kan han bli et offer for denne kategoriseringen, og det kan igjen i stor grad påvirke interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten.

Den mellommenneskelige prosessen som beskrevet av Travelbee, kan også kalles et menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 1992). Denne relasjonen er en forutsetning for det samarbeidet mellom sykepleier og pasient som vi har omtalt tidligere. I tillegg er det en forutsetning for fremvekst av gjensidig *tillit*.

For å ha gode relasjoner må vi ha tillit til hverandre. Travelbee (1999) beskriver blant annet gjensidig tillit mellom pasienten og sykepleieren i sitt menneske-til menneskeforhold. Hun mener videre at dette er et av flere viktige grunnlag for å kunne oppnå sykepleierens mål.

Loven sier også at tillitsforholdet mellom pasienten og helse- og omsorgstjenesten skal fremmes, samt fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999).

Kommunikasjon

”Det krever en stor lytter for å høre

*hva som faktisk sies,
en enda større for å høre
hva som sies,
men som kommer til uttrykk i talen” (Richard Palmer, sitert i Eide & Eide, 2007, s.10)*

Som sitatet uttrykker er det å evne å lytte til en annen en svært viktig del av kommunikasjonen. Denne egenskapen er muligens den viktigste grunnleggende ferdigheten innenfor begrepet kommunikasjon (Eide & Eide, 2007).

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «communicare» som betyr å gjøre noe felles, en gjensidig prosess, og kan beskrives som å dele eller formidle informasjon mellom minimum to eller flere parter. Kommunikasjon kan enkelt forklart foregå som en samtale, tegn eller kroppsspråk (Eide & Eide, 2007). Profesjonell kommunikasjon forstås med at vi i vårt yrke kommuniserer som en yrkesutøver nærmere bestemt i denne sammenheng som sykepleier. Vår rolle som sykepleiere har derfor en profesjonell og hjelpende kommunikasjonsform i kraft av vår rolle. For å kunne hjelpe og forstå pasienten må man som sykepleier vite noe om ulike måter å kommunisere på for å kunne hjelpe. Man må evne å skape en god relasjon mellom seg og pasienten (Eide & Eide, 2007). Ifølge Hummelvoll (2008), innebærer evne til god kommunikasjon at vi evner å være til stede i samtalen, ha empati og klare å sette oss inn i den andres situasjon. Det innebærer også at man klarer å se seg selv og sin egen væremåte fra den andres synsvinkel.

Travelbee (1999) sier om kommunikasjon at sykepleieren må evne å først og fremst forstå den syke for deretter å bruke informasjonen til å planlegge videre tiltak. For å kunne hjelpe og forstå pasienten må man som sykepleier vite noe om ulike måter å kommunisere på for å kunne hjelpe. Hun må også ha kunnskap om pasientens behov og problemer, i dette tilfellet rusmisbruk, smerter og avhengighet.

Likeverd: Hummelvoll (2008), sier at selve ledetråden i sykepleier-pasient-fellesskapet er likeverdighet. Man kan ikke ha likeverd uten at man arbeider for gjensidighet og respekt for hverandre (ibid.). Dette ser vi også komme tydelig frem i Travelbees menneske-til-menneskeforhold og hennes teori om fasene i interaksjonen mellom sykepleier og pasient.

5.4 Holdninger

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser. Holdninger er evaluerende-vurderende eller dømmende i positiv eller negativ retning» (Håkonsen, 2006).

Vi forstår dette som at holdninger er en måte å reagere på i forhold til andre mennesker, ting eller hendelser. En holdning kan også ansees som en vurdering på enten positiv eller negativ måte, eller en måte å uttrykke sentrale verdier på. Videre har man en holdning til nesten hva som helst, nesten som et synspunkt på eller om noe. Våre holdninger formes av miljøet rundt oss; vår egen kunnskap og vår erfaring. Man kan forstå det slik at en holdning sitter dypere i oss, og vil trolig være vanskeligere å endre, enn en mening om noe. En holdning omfavner både tankene, følelsene og handlingene våre (Håkonsen, 2006).

Nåden et al. (2012) beskriver holdninger som relativt stabile og organiserte oppfatninger, følelser og handlingsintensjoner overfor saker av sosial art og betydning. Han påpeker at kunnskap og erfaringer er viktige faktorer i dannelsen og endring av holdninger.

Et eksempel på dette kan være studier som viser at nyutdannede sykepleiere, og sykepleiere med spesialisering (høyere utdanning), viser mer velvillig atferd og gunstige holdninger i smertebehandling av rusmiddelavhengige, enn eldre sykepleiere med kun grunnutdanning. På samme måte var det samsvar mellom mye erfaring med pasientgruppen og gunstige holdninger (van Boekel, et. al., 2013; Morgan, 2012).

Håkonsen (2006) deler holdninger inn i tre ulike komponenter:

Den kognitive: Det vi ser, hører og oppfatter fra våre omgivelser. Vår kunnskap og tanker, det vi har erfart og lært, påvirker dette.

Den følelsesmessige: De positive eller negative følelsene som utløses, for eksempel at man føler frykt eller misliker noe eller blir glad eller liker noe.

Den atferdsmessige: Hvordan vi faktisk handler og reagerer på ting og hvordan dette kommer til uttrykk. Dette er noe mere komplisert fordi det viser seg at vi ikke alltid tenker det samme som vi uttrykker gjennom vår atferd. Situasjonen vi står i har mye å si for hvordan vi reagerer og vil påvirke denne. Dersom man for eksempel er har stort press fra andre rundt seg vil man kunne velge å handle slik andre vil til tross for at man kanskje ikke selv egentlig ønsker det.

Altså består disse komponentene av det vi mener og tenker om et tema, hvilke følelser vi knytter til det, og hvordan vi oppfører oss.

Da holdninger inngår i en sosial sammenheng, vil de i større eller mindre grad påvirkes av holdninger i gruppen vi deltar i, for eksempel blant kollegene våre i en avdeling (Håkonsen, 2006).

«Når alle tenker likt er det ingen som tenker» (Walter Lippmann)

Dette sitatet sier mye om hvordan ting ofte kan oppleves i en avdeling. De fleste av oss har opplevd å komme på en arbeidsplass der gamle vaner er styrende for hverdagen, og måter problemer blir løst på blir gjort slik som man alltid har gjort det. Ofte vil man som ny ha tanker om hvordan ting skal eller bør gjøres på bakgrunn av det man har lært, men kan da oppleve å bli oversett eller sett ned på av kollegaer som slett ikke ønsker noen endring eller at noen skal fortelle eller belære dem om noe. En av de gjennomgående barrierene i smertebehandling til rusmiddelmisbrukere vi fant i forskning, var nettopp sykepleierens stereotype holdninger overfor pasientgruppen. Stereotypi betyr at noe har liten variasjon. I dette tilfellet er det snakk om å se et menneske som en del av en ensartet gruppe, ikke som et enestående individ (Nylenna, 2009). Travelbee kaller dette en reduksjonsprosess, altså at man reduserer mennesket (pasienten) til en av alle. Man begynner å kategorisere mennesket, og glemmer å se den enkelte som et selvstendig, unikt individ.

I denne sammenhengen kan vi tenke oss at nettopp dette er et problem som kan smitte over på andre i et arbeidsmiljø. Egen erfaring viser også at det å komme som ny og full av engasjement ofte kan få kollegaer til å komme med utsagn som «du blir nok mer herdet etter hvert», eller som i vår oppgave «han vil bare ha mer smertestillende». En studie av sykepleieres holdninger til rusmiddelavhengige viser at det er like viktig med holdningsendring i arbeidsmiljøet som hos den enkelte sykepleier (Morgan, 2012).

6. Oppsummering/drøfting:

6.1 Hvordan kan sykepleieren bidra til å forbedre smertelindring av rusmisbrukere?

Som vist i teorikapitlet fremkommer det i studier helt sentrale barrierer i smertelindring av rusmiddelavhengige. Vi ser at fordommer og moraliserende holdninger rettet mot denne pasientgruppen forekommer blant sykepleiere, og at disse ofte kommer til uttrykk i forbindelse med smerter og smertelindring. Mangelfull kunnskap om rusmiddelavhengighet, gjør at pasientenes ønsker om analgetika oppfattes som russøkende adferd. Mangelfull smertekartlegging vanskeliggjør innsamling av objektive data, og kan derfor påvirke intervensjon og tiltak. Slik vi ser det, har smertelindring av rusmiddelavhengige to hovedkomponenter:

- **Det praktiske: kunnskap**
- **Det relasjonelle: holdninger**

6.2 Kunnskap og kompetanse i sykepleie

-Hvorfor er smertelindring av rusmisbrukere et problem?

Som forklart i teoridelen har manglende kunnskap vist seg å være en gjennomgående faktor som påvirker smertelindring av rusmiddelavhengige. Ubehandlet eller underbehandlet smerte, kan medføre at akutte smerter blir kroniske, på grunn av varige endringer i nervebanene (Slørdal og Rygnestad, 2010). Samtidig vil langvarig bruk av opioide analgetika føre til endringer i sentralnervesystemet som gir økt toleranse, og abstinensreaksjoner ved nedtrapping eller seponering. Pasientene utvikler også ofte hyperalgesi, altså økt smertesensitivitet, på grunn av skader på nervebaner. Pasientenes strategier for å hindre abstinenssymptomer eller oppnå smertelindring kan lett oppfattes som russøkende adferd, dersom sykepleieren ikke har nok kunnskap om rusmiddelavhengighet og opioidavhengighet. Studien til Nåden et. al. (2012) viser at bare 20,8 prosent av sykepleierne tror på pasientens smerteformidling. På spørsmål om hvorvidt langvarig bruk av opioider førte til overfølsomhet for smerte, svarte 45,3 prosent av sykepleierne ”vet ikke”.

Når vi vet at den rusmiddelavhengige pasienten ofte har behov for hyppige innleggelser på sykehus for direkte eller indirekte rusmiddelrelaterte skader, mener vi sykepleieren har et selvstendig ansvar for å inneha tilstrekkelig kunnskap om pasientgruppen. For å yte god sykepleie, må nødvendig kompetanse til for å ta velinformerte og begrunnede beslutninger til det beste for pasienten. Om sykepleieren mistror pasientens rapportering om smerte, er det

ikke uforståelig at mange rusmiddelavhengige pasienter blir utilstrekkelig smertelindret. (Morgan, 2006; Nåden et. al. 2012).

Hvordan kan kunnskapsbasert praksis bidra til bedre smertelindring av rusmiddelavhengige?

Rammeplan for sykepleierutdanning krever at man etter endt utdanning skal kunne nyttiggjøre seg av forskningsresultater i yrkesutøvelsen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Dette setter oss dessuten i stand til å imøtegå kravet fra Helsepersonelloven, som omhandler plikten til å holde seg faglig oppdatert og ajour med den vesentligste utvikling innen fagfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Også Yrkesetiske retningslinjer krever at sykepleie skal være kunnskapsbasert, som en del av grunnlaget for all sykepleieutøvelse (NSF, 2011).

Kunnskapsbasert praksis innebærer å bruke kunnskap fra forskning, fra erfaring og fra kjennskap til pasientens ønsker og behov, i sykepleieutøvelsen. Forskningsbasert kunnskap, sykepleierens erfaringsmessige kunnskap og brukerkunnskapen skal i utgangspunktet vektas like mye. Hensikten er at disse skal virke sammen, for slik å sikre best mulig sykepleie. Dette mener vi er det Travelbee mener med en intelligent tilnærming til sykepleie. Når resultatene fra forskning viser gjennomgående mangelfull kunnskap om smertelindring og rusmiddelavhengighet, i tillegg til manglende smertekartlegging, mener vi at forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap vektas for lite i forhold til den erfaringsbaserte kunnskapen hos sykepleiere. Forskningsbasert kunnskap kan i denne sammenhengen for eksempel bety smertelindring av rusmiddelavhengige, men som i studier foretatt av Betty Morgan (2006; 2012) også bidra til å fremme pasientperspektivet.

Brukerkunnskap vil for eksempel være bruk av smertekartleggingsverktøy for å bidra til et reelt bilde av pasientens smerter, samt sikre objektiv evaluering av gjennomførte tiltak. Slik minimeres muligheten for å bli manipulert, som kan gi opphav til negative erfaringer. Samtidig ivaretar man pasientens rett til å bli trodd, og tar i bruk brukerkunnskap.

Hovedmålene i smertelindring av rusmiddelavhengige, er altså å oppnå smertelindring, men også å forebygge eller unngå abstinenssymptomer. Vi har tidligere nevnt at Travelbee (1999) beskriver den profesjonelle sykepleieren som en som er i stand til å se når ens kunnskaper ikke strekker til. Vi synes forskning vedrørende sykepleieres kunnskapsgrunnlag i forhold til denne problemstillingen, i stor grad viser at sykepleierne er klar over sin manglende kompetanse. I studien gjennomført av Nåden et.al. (2012), evaluerer sykepleierne i gjennomsnitt sin kunnskap til å være under middels god. Også i Morgans studie (2006)

uttrykker en av sykepleierne at ”Vi trenger å utdannes i hva avhengighet er og hvordan det er (...). Hvis noen har kreft, lærer du alt du kan om kreft... Dette er noe som noen lider av, og vi trenger å lære om det”. Men Travelbee (1999) mener også at den profesjonelle sykepleier vet hvor hun skal henvende seg for å finne denne kunnskapen. Vi mener at tilgjengeligheten på oppdatert litteratur om smertelindring av denne pasientgruppen er blitt bedre. Men selv om vi er enige i at det er den enkeltes ansvar å holde seg faglig oppdatert, savner vi pensumlitteratur implementert i sykepleieutdanningen som bidrar til økt ruskompetanse. Rusmeldingen 2012 hadde fokus på at det ligger svært sammensatte årsaker til grunn for at en person begynner å ruse seg, og et av de viktigste satsningsområdene vil være økt kompetanse og bedre kvalitet på rusfeltet (Fleiner, 2012). Norsk Sykepleierforbund sendte umiddelbart et høringsnotat med konkrete forslag til handlingstiltak. Ett av dem var at sykepleiere skal ha grunnleggende ruskompetanse, først og fremst gjennom sykepleierutdanningen, men også gjennom oppgraderingskurs for de som allerede er sykepleiere.

Vi mener funnene i forskning tydeliggjør viktigheten av at sykepleieren jobber kunnskapsbasert, og evner å sammenfatte alle de tre kunnskapsområdene, samtidig som man anvender sykepleieprosessen som beskrevet i teorikapitlet. Da sikrer man pasientens rett til brukermedvirkning, og legger grunnlaget for tillitsforholdet som kjennetegner den mellommenneskelige prosessen som beskrevet av blant andre Travelbee, men som også er stadfestet i Pasientrettighetsloven. Sykepleiere trenger et kompetanseløft i forhold til smerteproblematikk, rusmiddelavhengighet og opioid analgetika for å kunne bidra til bedre smertelindring av rusmiddelavhengige. Vi må ha gjennomgående gode rutiner på bruk av validerte smertekartleggingsverktøy, for å danne et reelt bilde av pasientens smerter, samt objektivt evaluere effekten av tiltak. Samtidig er ikke fagkunnskap alene tilstrekkelig, men må settes i sammenheng med at det er et *menneske* som lider. Pasienten er ekspert på seg selv, også på sin smerte og lidelse. Dette er det viktigste å vite om smerter: at det er en fullstendig subjektiv opplevelse, som helt og holdent eies av pasienten.

Vi mener også at økt kunnskap vil bidra til flere positive erfaringer i møte med den aktuelle pasientgruppen, og være en viktig faktor i dannelsen og endring av våre holdninger.

6.3 Holdninger og relasjon

-Hvordan kan bedre holdninger hos sykepleieren bidra til bedre smertelindring av rusmisbrukere?

I tillegg til direkte og indirekte rusmiddelrelaterte skader, har rusmiddelavhengige økt forekomst av sosiale og psykiske problemer. Avhengighetstilstanden i seg selv medfører dessuten atferdsmessige endringer, som ofte uttrykkes gjennom uro og aggressivitet, som gjør at pasientgruppen kan oppleves vanskelig å forholde seg til (Helsedirektoratet, 2011). I tillegg oppfattes de ofte som manipulerende og lite motiverte. Dette er hovedårsaken til at rusmiddelavhengige er den pasientgruppen helsepersonell føler minst motivasjon og lyst til å arbeide mot (van Boekel, et. al., 2013).

Vi har sett på hvordan kunnskap innvirker på sykepleieutøvelsen. Men også holdninger hos sykepleieren spiller en viktig rolle i møtet med den rusmiddelavhengige pasienten. Holdninger preget av stigma og mistillit hos sykepleieren kan direkte påvirke kvaliteten i sykepleieutøvelsen. Frykt for å bli manipulert, eller mistro til pasientens rapportering av smerte, kan innvirke på de smertelindrende tiltakene som iverksettes. Et eksempel på dette kan være at sykepleieren underrapporterer pasientens smerter, som påvirker medikamentelle tiltak forordnet av lege.

Morgans studier (2006; 2012) viser at det fortsatt er fordommer og negative holdninger mot rusmiddelavhengige innlagt på sykehus. Flere av deltagerne i studien beskriver hvordan de opplever å bli sett på som en "junkie", og flere har ved mer enn én anledning opplevd å føle seg "straffet" for sitt misbruk. De forteller blant annet at noen sykepleiere demonstrerer sin misnøye ved å kritisere dem, eller bare lar dem vente, dersom de oppfattes som pågående da de etterspør analgetika. En pasient fortalte: "Sykepleiere sier til meg: Du er bare ute etter å ruse deg og en plass å sove... Sier at jeg utnytter systemet. At det ikke ser ut som jeg har særlig vondt...". Opplevelsen av å føle seg respektert/ikke respektert hadde mye å si for hvilke strategier de velger å benytte for å oppnå smertelindring. Dette kunne for eksempel være å utholde smerten så langt det gikk, så de ble oppfattet som snille av sykepleierne. Flere uttrykker at de er redd for å måtte vente enda lenger på smertelindring dersom de oppleves som masete. At sykepleiernes holdninger påvirker adferd og handlinger, bekreftes også av studien foretatt av van Boekel et. al. (2013). Blant annet har sykepleiere vist seg å bruke kortere tid inne hos pasienter med rusmiddelavhengighet, oftere gå inn to og to, samt blir mer

praktisk-orienterte i tilnærming til disse pasientene. Vi tenker at dette innebærer at sykepleieren jobber *på* pasienten, og ikke *med*. Dette medfører at den mellommenneskelige prosessen som beskrevet av Travelbee (1999) ikke får anledning til å etableres.

På den annen side viser Morgans (2012) studie at mange sykepleiere er klar over sine negative holdninger og reaksjoner i møte med den rusmiddelavhengige pasienten, og at de føler skam og skyld fordi det strider imot sykepleierens etiske grunnlag. En av sykepleierne uttrykker at "...det er vanskelig å yte omsorgsfull pleie når man har disse negative følelsene... Veldig vanskelig". Som forklart i teoridelen er holdninger evaluerende, i positiv eller negativ retning. Holdninger er imidlertid ikke alltid i samsvar med handlinger, fordi adferd påvirkes av en rekke andre faktorer, som situasjonen rundt, andre mennesker eller normer. Men holdninger *sannsynliggjør* at våre handlinger samsvarer med vår adferd (Håkonsen, 2006). Vi mener dette innebærer at man har et *valg* om å handle ut ifra sine holdninger, og at det derfor er veldig viktig å være bevisst på dem. På samme måte er det nyttig å ha kunnskap om hvordan holdninger dannes, og hvordan de påvirkes. Morgan (2012) vektlegger at sykepleiere må utfordre sine egne oppfatninger, og være klar over sine egne holdninger, og hvordan disse kan påvirke sykepleieutøvelsen.

Forskning fra studien til van Boekel (2013), viser at viktige faktorer for holdningsendringer hos sykepleiere, er støtte fra medarbeidere på avdelingen, for eksempel via gruppeundervisning med fokus på holdninger. Morgans studie (2012) foreslår bruk av rollespill basert på caser, for å erkjenne sine egne holdninger, og hvordan de kan påvirke sykepleieutøvelsen. Begge studiene konkluderer med at fokus på gunstige holdninger bør være et en del av avdelingens klima for at det skal ha tilstrekkelig innvirkning på den enkelte sykepleier.

Kunnskap og erfaring er viktige faktorer i dannelsen og endring av holdninger (Nåden, et. al., 2012). Vi tenker at dette er grunnen til at sykepleiere med personlig eller yrkesmessig erfaring med rusmiddelavhengige, viser seg å ha mer gunstige holdninger til pasientgruppen (van Boekel, et. al., 2013). De som har hatt flere møter og mer kontakt med pasienter med avhengighetsproblematikk, har kanskje ikke like lett for å kategorisere dem som en ensartet gruppe, men evner å se dem som enestående individer. Van Boekel et. al. (2013) mener helsepersonell som jevnlig møter pasienter med stigmatiserte lidelser blir mer empatiske og tolerante i forhold til disse, og viser generelt bedre holdninger i forhold til dem. Travelbee

hevder at dersom empati har forekommet i en relasjon mellom mennesker, innebærer det en endring av forholdet for bestandig. Å evne å se den andre som et enestående individ, er en forutsetning for den mellommenneskelige prosessen.

Deltagerne i Morgans studie (2006) oppgir det å bli trodd, og bli møtt med ikke-dømmende holdninger var de viktigste faktorene for å danne tillit til sykepleiere. Noen uttrykte at det å bli trodd for sin smerteformidling, var lindrende i seg selv. Som sykepleiere har vi både et lovpålagt og et yrkesetisk ansvar overfor pasienten om å utøve sykepleie som fremmer pasientens integritet og egenverd (Helsepersonelloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, NSF). I følge Travelbee (1999) er en del av sykepleieansvaret å lindre lidelse.

Mellommenneskelig sykepleie ved smertelindring av rusmiddelavhengige innebærer altså å evne å se den enkelte pasient som et uerstattelig individ, anerkjenne dennes eierskap til sin egen smerte og lidelse, og at sykepleieren gjennom samhandling søker å yte omsorg i kraft av sin kunnskap og utdanning. Holdningsendringer er nødvendig for å bidra til forbedring av smertelindring til rusmiddelavhengige. For å forebygge negative erfaringer som bidrar til dårlige holdninger, bør sykepleieren anvende sykepleieprosessen. Den forutsetter brukermedvirkning, og baseres på samarbeid mellom sykepleier og pasient. I tillegg bør sykepleiere drive holdningsskapende arbeid på avdelingen.

7. Avslutning/konklusjon

Smertelindring av rusmiddelavhengige har både en praktisk og en relasjonell dimensjon. I vår forforståelse mente vi at sykepleieren kan bidra til å bedre smertelindring av rusmiddelavhengige, fordi vi har en nøkkelrolle i vår nærhet til den enkelte pasienten. Sykepleieren må klare å se lidelsen, men om den rusmiddelavhengige blir *ett* med lidelsen, fratar vi dem retten til å bli sett som et enestående individ med sine særskilte ressurser og behov. At opplevelsen av smerte er subjektiv betyr at den ikke kan bevises, men det er ikke pasientens troverdighet som skal ha vårt fokus.

Rusomsorgen har fått en ny vinkling i politikken. Vi ser at fokuset rettes mer mot lidelsens sammensatte årsakssammenheng, og behovet for kunnskap og kompetanseheving enn tidligere. Vi tenker at dette er en positiv utvikling, og håper det vil bidra til bedre holdninger i samfunnet generelt, ikke bare hos helsepersonell. Å skulle endre holdninger forutsetter at vi

vet hvor holdninger kommer fra og hvordan de påvirkes. Personlige oppfatninger gir ikke en faglig tilnærming til pasienter med smerter. Vi ønsker at rusomsorgen var implementert i grunnutdanningen på en bedre måte, slik at vi sto bedre rustet til å imøtekomme denne pasientgruppen, på samme måte som vi mener det er behov for større fokus på holdninger.

Å skulle skape holdningsendring på arbeidsplassen krever proaktive medarbeidere og ledere, som tilrettelegger for medarbeideropplæring via fagmøter eller refleksjonsgrupper. Dette bidrar til å fremme kunnskap, ferdigheter og holdninger, og vil gi oss flere verktøy i møte med pasienter med sammensatte problemer.

Mellommenneskelig sykepleie er å sette individet i sentrum. Dette er på en måte så enkelt. Likevel er det en kunst.

8. Litteratur

*Arbeids- og sosialdepartementet (2006 - 2007). *Arbeid, velferd, inkludering*. Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/regpubl/stmeld/20062007/stmeld-nr-9-2006-2007-/5/6.html?id=432960>

*Athari, Z. (2012). *Rusmeldingen mangler konkrete tiltak*. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1036181/—rusmeldingen-mangler-konkrete-tiltak>

*Bretteville-Jensen, A.L. & Amundsen, E.J. (2006). *Narkotikabruk: omfang, forbruk, marked, aktører*. Lokalisert på: http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/sirusrap.5.06.pdf

*van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M, van Weeghel, J. & Garretsen, F.L.H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 131 (2013) s. 23-35

*Bye, E.K, Amundsen, E.J. & Lund, M. (2013). *Bruk av tobakk, rusmidler og vanedannende legemidler i Norge – hovedfunn fra SIRUS' befolkningsundersøkelse i 2012*. Lokalisert på:

http://www.sirus.no/Bruk+av+tobakk%2C+rusmidler+og+vanedannende+legemidler+i+Norge+-+hovedfunn+fra+SIRUS%E2%80%99+befolkningsunder.E2x322-8_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1Cn3dVPL28nMhPLZB9MtlY05hRvMWt.ips

*Compton, P. (2011). Treating chronic pain with prescription opioids in the substance abuser: relapse prevention and management. *Journal Of Addictions Nursing (Taylor & Francis Ltd)*, 22(1-2), 39-45. doi:10.3109/10884602.2010.545092

Dalland, O. (2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk..* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

*Fangen, K. (2011). Etikk i kvalitative studier. Balsvik, E. & Solli, S. M. (red.) *Introduksjon til samfunnsvitenskapene*. Oslo: Universitetsforlaget

*Finney, L. (2010). Nursing Care for the Patient with Co-Existing Pain and Substance Misuse: Meeting the Patient's Needs. *MEDSURG Nursing*, 19(1), 25-53.

*Fleiner, R.L., 2012. *Rusmelding med fem hovedsatsninger*. Nasjonalt Senter for Psykisk Helsearbeid. Lokalisert på: <http://www.napha.no/content/4116/Rusmelding-med-fem-hovedsatsninger>

*Folkehelseinstituttet (2005). Sosial ulikhet i helse: faktaark. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/artikler/?id=54765>

*Folkehelseinstituttet (2006). Genetisk sårbarhet påvirker bruk og misbruk av illegale rusmidler. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/artikler/?id=59583>

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008). FOR-2009-12-18-1839 Lokalisert på: [http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320?q=legemiddelh%C3%A5ndtering%20for%20helsepersonell](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320?q=legemiddelh%C3%A5ndtering%20for%20helsepersonell*)

*Helsedirektoratet. (2011). Fakta om narkotiske stoffer. Lokalisert på:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fakta-om-narkotiske-stoffer/Publikasjoner/fakta-om-narkotiske-stoffer.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet, (2012). Lokalisert på

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126

*Helse- og omsorgsdepartementet, (1997). Om plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Lokalisert på:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/ryddemappe/hod/norsk/dok/andre_dok/hoeringsnotater/hoeringsnotat-lov-om-helsepersonell/Kapittel-8-Om-plikten.html?id=410273

Hummelvoll, J.K. (2008). *Helt ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Håkonsen, K.M. (2006). *Innføring i psykologi*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske

*Kelleher, S. & Cotter, P. (2008). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*. Doi:10.1016/j.ienj.2008.08.003

*Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal

*Kongsgård, U.E., Bell, R.F & Breivik, H. (2005). Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling. *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening*.

Lokaliser på: <http://tidsskriftet.no/article/1274854>

Kveseth, B. & Mikkelsen, J. (2010). Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe

*Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleierutdanningen. Lokalisert på:

http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lillestø, B. (2010) Krenkende omsorg. Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i sykepleie: Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe

Lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven) (1999). LOV-2013-06-21-82. Lokalisert på: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven) (1999). LOV-2013-06-21-79. Lokalisert på: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

*Malt, U. (2009). Grounded Theory. Store medisinske leksikon. Lokalisert på: http://sml.sn.no/grounded_theory

*McCreaddie, M., Lyons, I., Watt, D., Ewing, E., Croft, J., Smith, M., & Tocher, J. (2010). Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(19/20), 2730-2740. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03284.x

*Merril, O.J., Rhodes, L.A., Deyo, R.A., Marlatt, A. & Bradley, K.A. (2002). Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users: The Keys to the "Narc" Cabinet. Lokalisert på: DOI: 10.1046/j.1525-1497.2002.10625.x

*Morgan, B.D. (2012). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. Lokalisert på: [Volume 15, Issue 1](#) , Pages 165-175, March 2014.

*Morgan, B.D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. American Society for Pain Management Nursing. Doi:10.1016/j.pmn.2005.12.003

*Mørland, Jørg. (2009). *Abstinens*. I Store medisinske leksikon. Lokalisert 12. februar 2014 på: <http://sml.sn.no/abstinens>.

Nordeng, H. (2007). Grunnleggende kunnskap. I H. Nordeng & O. Spiset(Ed.), *Legemidler og bruken av dem*. (s.24-42). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Nordheim, L. (2008). Hvordan finne forskningsbasert kunnskap: Kilder og søkestrategier. Lokalisert på: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/wp-content/uploads/2011/10/2907148a573cc1f091.pdf>

*Norsk Legemiddelhåndbok (2013). L20.1.2 Opioidanalgetika. Lokalisert 6. Mars, på:
<http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/78882>

*Norsk sykepleieforbund (2008). Hefte om sykepleie. Lokalisert på :
<https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>

*Norsk Sykepleieforbund (2014). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Lokalisert på :
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

*Nylenna, M. (2009). *Medisinsk Ordbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Nåden, D., Li, R., Andenæs, R. & Undall, E. (2012). *Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus*. Sykepleien forskning. 7(3): 252-260.

Ordtak.no. Siterte sitater (2014). *Tenke*. Lokalisert på:
<http://www.ordtak.no/index.php?emne=Tenke>

Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2010) Smerter. Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i sykepleie: sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe

*Statens Institutt for Rusmiddelforskning (2011). Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: Grunnlagsmaterialet til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken. Lokalisert på:
http://www.sirus.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/sirusrap.3.11.pdf

Slørdal, L. & Rygnestad, T. (2010). Legemidler ved smerter. Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Slørdal, L. (2010). Misbruk av legemidler og rusmidler. Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske

*Travelbee, J. (1996). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Oslo: Pensumtjeneste AS

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS

*World Health Organization (2012). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Lokalisert

på: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

Yrkesetiske retningslinjer (2011) NSF. Lokalisert på:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf